

Luxación carpometacarpiana del primer dedo asociada a fractura de trapecio

M. MARFIL ROMERO, A. GALLARDO MIRANDA, J. M. PÉREZ LARA, A. LÓPEZ GARCÍA
y J. MORIEL DURAN

Servicio de C.O.T. Hospital Regional Carlos Haya, Málaga

Resumen.—Presentamos un caso de luxación carpometacarpiana del primer dedo asociada a fractura de trapecio. Fue tratada mediante reducción abierta y fijación interna. El resultado obtenido después de un año de seguimiento fue excelente. Sólo hemos encontrado once casos en la literatura y ninguno tratado como el nuestro.

FRACTURE OF THE TRAPEZIUM WITH METACARPAL DISLOCATION OF THE THUMB

Summary.—A case of carpometacarpal dislocation of the thumb associated with fracture of the trapezium is presented. It was treated by open reduction and internal fixation. The result after a one year follow-up was excellent. We have found only eleven cases in literature and none was treated like ours.

INTRODUCCIÓN

Tanto la luxación de la articulación carpometacarpiana del primer dedo como la fractura de trapecio son entidades extremadamente infrecuentes, ya que, las luxaciones carpometacarpianas en su conjunto constituyen aproximadamente el 1% de la patología traumática de la mano (1) siendo realmente raras las que afectan a la primera articulación carpometacarpiana (2) y las fracturas de trapecio suman de un 3 a un 5% de las fracturas del carpo (3, 4).

En el primer dedo, la mayoría de las luxaciones carpometacarpianas ocurren en el seno de una fractura de Bennett o de Rolando (5). La asociación de ambas patologías, o sea, una luxación carpometacarpiana del primer dedo y una fractura vertical e intraarticular de trapecio como observa Tolat en 1990 (6) es aún más frecuente.

Correspondencia:

Dr. D. MANUEL MARFIL ROMERO
C/ Héroe de Sostóia n.º 91 - 7.º 14
29002 Málaga

Aportamos un caso clínico con este tipo de lesión, en el cual, la luxación tenía un gran desplazamiento y el tratamiento consistió en reducción abierta y fijación interna del trapecio y de la articulación carpometacarpiana con dos agujas de Kirschner sin realizar la reconstrucción del primer ligamento intermetacarpiano según describe Brunelli (7).

CASO CLÍNICO

Un varón de 21 años de edad acudió a nuestra urgencia tras sufrir una caída de motocicleta.

La exploración clínica reveló una gran inflamación en cara radial de la muñeca izquierda y en eminencia tenar, así como, impotencia funcional y crepitación a nivel de la articulación trapeciometacarpiana. No existía ninguna otra lesión asociada ni hubo pérdida de conocimiento.

En el estudio radiográfico se evidenció una fractura de trapecio con luxación del primer metacarpiano (Fig. 1).

Bajo anestesia regional intravenosa, se realizó reducción abierta y síntesis con dos agujas de Kirschner, una sintetizando el fragmento de trapecio y otra estabilizando la luxación carpometacarpiana (Fig. 2), seguida de inmovilización con férula en pinza de hielo



Figura 1.



Figura 2.

durante tres semana. Las agujas fueron retiradas al mes y medio de la síntesis (Fig. 3) y a los seis meses el resultado era totalmente satisfactorio con un rango de movilidad normal (Figs. 4 y 5) y una reincorporación total del paciente a su actividad laboral previa.



Figura 3.

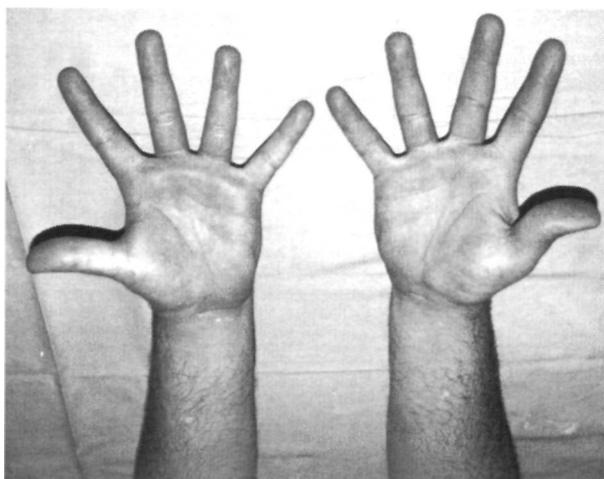


Figura 4.

A los 12 meses de la RMN informa de cambios degenerativos secundarios a nivel de la articulación trapezometacarpiana con esclerosis subcondral en ambos márgenes óseos y osteofitosis, sin que se aprecie alteración de señal en médula ósea del trapecio que sugiera la posibilidad de necrosis avascular del fragmento sintetizado (Fig. 6).

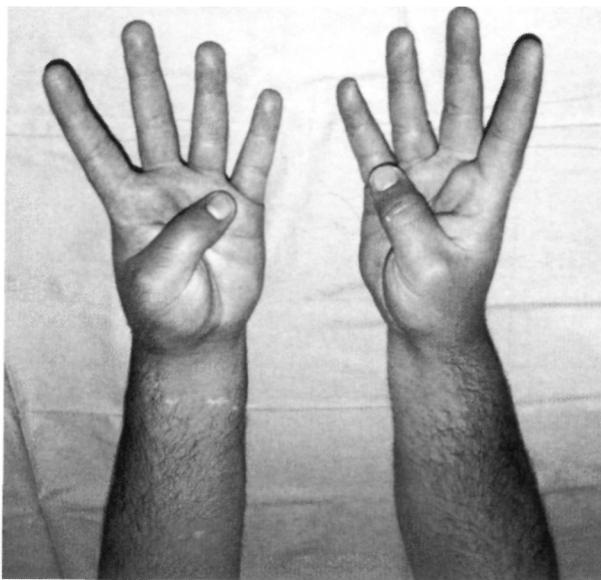


Figura 5.



Figura 6.

La situación clínica a los 12 meses sigue siendo satisfactoria quedando solamente como sintomatología una irradiación dolorosa por cara externa del pulgar ante traumatismos de cierta intensidad sobre la cicatriz.

DISCUSIÓN

La fractura vertical e intraarticular desplazada de trapecio asociada a luxación de la carpo-

metacarpiana es una lesión inherentemente inestable (2, 3).

Cordrey y Ferrer-Torrells (8) en 1960 fueron los primeros en recomendar la reducción abierta y fijación interna de la fractura vertical desplazada de trapecio con una aguja de Kirschner basándose sólo en su serie de cinco casos, que hasta el momento, es la serie más numerosa publicada.

Después de esta serie, sólo han sido publicados cinco casos tratados mediante intervención quirúrgica (9-12).

Tolat (1990) trató esta lesión de forma ortopédica con buenos resultados siendo su paciente un joven de 14 años (13).

Excepto el caso de Mody y Dias, en el cual, aparte de la síntesis de la fractura de trapecio con una aguja de Kirschner se realizó una plastia del primer ligamento intermetacarpiano con una banda del abductor largo del pulgar, todos los que fueron resueltos mediante cirugía sólo utilizaron la fijación con Kirschner o con un tornillo de esponjosa (10) de la fractura de trapecio de lo que se deduce que consideraban suficiente esto para estabilizar la articulación trapecio-metacarpiana.

Sin haber realizado la técnica de Brunelli (plastia antes comentada) creemos que nuestro resultado ha sido altamente satisfactorio, no existiendo inestabilidad articular.

La movilidad completa se recuperó rápidamente sólo con rehabilitación domiciliaria y prácticamente a los dos meses de la lesión el paciente tenía una extensión completa y tocaba sin problemas la base del quinto dedo con la punta del pulgar.

Por lo tanto, no hemos realizado la reconstrucción del ligamento intermetacarpiano, pero tampoco hemos sintetizado sólo la fractura de trapecio, sino que hemos utilizado, como ya se ha expuesto, un Kirschner para el trapecio y otro para estabilizar la luxación, además de la inmovilización con yeso.

Con un seguimiento de tan solo un año no nos atrevemos a afirmar si sería necesaria o no la técnica de Brunelli, aunque con la técnica empleada hemos conseguido gran estabilidad y un rango de movimiento completo.

Bibliografía

1. Mueller JJ. Carpometacarpal dislocations: Report of 5 cases and review of literature. *J Hand Surg* 1986;11A:184.
2. Shah J, Patel M. Dislocation of the carpometacarpal joint of the thumb. *Clin Orthop* 1983;175:166.
3. Jones WA, Ghorbal MS. Fractures of the trapezium. A report of three cases. *J Hand Surg* 1985;10B:227.
4. Dunn EW. Fractures and dislocations of the carpus. *Surg Clin North Am* 1972;52:1513.
5. Dobyns JH. Fractures and dislocation at the base of the metacarpals. En Barton NJ, ed. *Fractures of the hand and wrist*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1988;121-33.
6. Tolat AR, Jones MW. Carpometacarpal dislocation of the thumb associated with fracture of the trapezium. *Injury* 1990;21:411.
7. Brunelli G, Monini L, Brunelli F. Stabilisation of the trapezio-metacarpal joint. *J Hand Surg* 1989;14B:2:209-12.
8. Cordrey LJ, Ferrer-Torells M. Management of fractures of the greater multangular. *J Bone Joint Surg* 1960;42A:7:l111-8.
9. Towfigh H. Isolerte Trapeziumluxationsfraktur nach schwerem Verkehrsunfall. *Handchirurgie* 1981;13:242-6.
10. Freeland AE, Finley JS. Displaced vertical fracture of the trapezium treated with a small cancellous lag screw. *J Hand Surg* 1984;9A:843-4.
11. Foster RJ, Hastings H. Treatment of Bennett, Rolando, and vertical intrarticular trapezium fractures. *Clin Orthop* 1987;214:121-9.
12. Mody BS, Dias JJ. Carpometacarpal dislocation of the thumb associated with fracture of the trapezium. *J Hand Surg* 1993;18B:197-9.
13. Tolat AR, Jones MW. Carpometacarpal dislocation of the thumb associated with fracture of the trapezium. *Injury* 1990;21:6-411-2.